

# Pseudoaneurisma de la Arteria Temporal Superficial

49



Ramos Mario; Velasquez A Diana; Muñoz Vanessa; Parada V Carolina; Diluca Pablo; Lambre Hector; Lylyk Pedro

Clinica La Sagrada Familia – Instituto Medico Eneri

## Presentación del caso

Paciente masculino de 31 años que acude a consulta por masa pulsátil temporal izquierda tras recibir traumatismo en dicha region luego de un juego de paintball hace una semana.

## Hallazgos Imagenológicos

Se realiza **Ecografía-Doppler color** de dicha masa donde se observa imagen compatible con pseudoaneurisma. Se realiza compresión manual y posterior control ecográfico que muestra trombosis total del mismo. Sin embargo, transcurrido un mes el paciente retorna a la consulta por reanudación de los síntomas. Al control con Ecodoppler-color se observa que el pseudoaneurisma aun presenta señal Doppler color en su interior con trombosis parcial (Fig. 1 a y b).

Se realiza **Angiotomografía de Cerebro** (AngioTC) que confirma el diagnóstico de permeabilización del pseudoaneurisma (Fig. 2 c y d). La **Angiografía digital** (AD) evidencia pseudoaneurisma en tercio distal de la ATS izquierda, se emboliza con NBCA (N-Butil-Cianoacrilato) (Fig. 2 a y b).

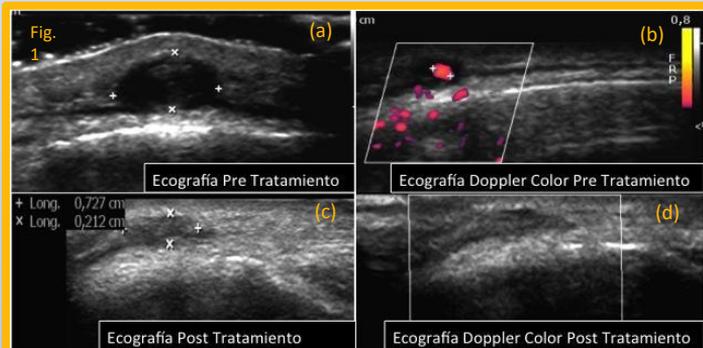


Fig. 1- Ecografía muestra una imagen ovalada hipocogénica (a) parcialmente permeable al Doppler color (b) con presencia de trombosis mural. Control post-tratamiento muestra la lesión de mayor ecogenicidad, menor tamaño (c) y avascular al Doppler color (d).

Al control con Ecodoppler-color y Angiografía digital un mes post-tratamiento, se confirma la oclusión total del mismo.

## Discusión

La ATS es una rama de la arteria carótida externa, transcurre por delante del trago para terminar en múltiples ramas fronto-temporales del pericráneo. Su trayecto superficial sobre diferentes prominencias óseas la hacen vulnerable a los traumatismos. El primer caso reportado de pseudoaneurisma traumático de la ATS fue en 1940 por Thomas Bartholin. Estas lesiones vasculares son poco frecuentes y a diferencia

de los verdaderos aneurismas no presentan las tres capas de la pared arterial (intima, adventicia y muscular).

Surgen de la ruptura completa o incompleta de la pared arterial con dilatación de ésta y formación de un hematoma perilesional, el cual se reabsorbe y junto con el crecimiento a expensas de la fuerza pulsátil sanguínea se consideran su mecanismo fisiopatológico.

La mayoría son de causa secundaria a traumatismo aunque se han descrito causas iatrogénicas post-quirúrgicas.

Clínicamente se presenta como una masa pulsátil que se hace notoria unos días o semanas tras la noxa. Suele ser indolora, puede producir sangrado súbito en caso de ruptura y asociarse a cefalea y tinnitus.

Los estudios imagenológicos complementarios que ayudan al diagnóstico incluyen: Ecodoppler color, AngioTC y AD, ésta última además de definir detalladamente la morfología de la lesión y descartar otros procesos vasculares (hematoma, FAV) permite el tratamiento endovascular del mismo.

El tratamiento puede realizarse por vía quirúrgica convencional con ligadura del vaso eferente y aferente (de elección) o vía endovascular con embolización selectiva del pseudoaneurisma.

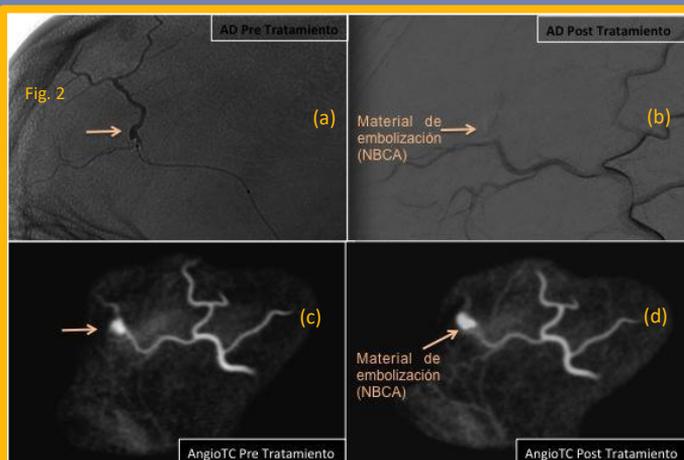


Fig. 2- AD y Angio-TC muestran una lesión pseudoaneurismática en tercio distal de la arteria temporal superficial (a y c) que se ocluye a través de tratamiento endovascular con NBCA (b y d).